A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Bien faible témoignage d'une profonde reconnaissance

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur de Clinique Chirurgicale

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

C'est une question bien vieille, mais toujours intéressante, que celle de la cure radicale des hernies. De tout temps, les chirurgiens se sont efforcés de supprimer " cette difformité qui constitue aux yeux du monde, une tare qu'on n'avoue qu'avec peine, ou qu'on passe une partie de sa vie à dissimuler dans les circonstances les plus intimes ".

Abandonnée tout d'abord, parce que trop grave et aux succès trop incertains, la cure radicale fut reprise avec l'ère antiseptique, et aujourd'hui s'est sensiblement apaisé le vieux débat dont parlait autrefois M. le Professeur SEGOND, dans sa thèse d'agrégation " cette captivante revue des choses du passé ".

Si l'accord s'est fait peu à peu, sur la nécessité presque constante d'intervenir et sur la méthode générale à employer, en ce qui concerne la hernie crurale, des difficultés anatomiques semblent s'opposer à la réalisation de la cure radicale.

Ce sont ces difficultés qu'il nous a paru intéressant de rechercher, de mettre en lumière, pour examiner ensuite les nombreux procédés préconisés jusqu'en ces dernières années et juger dans quelle mesure ils satisfont au programme depuis longtemps tracé par MM. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE et BERGER, savoir : résection haute du sac, oblitération parfaite de l'anneau fibreux en supprimant tout entonnoir d'amorce.

Enfin, pour terminer, nous exposerons la techni-

que opératoire suivie par Mr le Docteur Dionis du Séjour, professeur à l'Ecole de Médecine, chirurgien des hôpitaux de Clermont-Ferrand, technique semblable à celle de M. Chaput, mais en différant cependant par quelques points spéciaux et surtout par la **suppression de l'anneau crural.**

Il nous a été permis en aidant notre maître, de nous rendre compte de l'avantage de ce procédé, d'une exécution facile et d'une efficacité éloignée parfaite.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous voulons rendre hommage aux maîtres dévoués qui nous ont guidé dans la carrière médicale et nous ont appris à aimer notre art.

Notre souvenir reconnaissant va tout d'abord à nos premiers maîtres de l'École de médecine de Clermont-Ferrand :

A M. le Professeur Bousquet, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne, et qui nous a toujours porté le plus vif intérêt.

A M. le Professeur Du Cazal, dans le service duquel nous fîmes une partie de notre internat.

A M. le Docteur Dionis du Séjour qui nous a donné tant de marques de sympathie et qui a bien voulu nous fournir le sujet de cette thèse.

Que nos maîtres dans les hôpitaux de Paris, M. le Professeur Raymond et M. le Professeur agrégé Bonnaire, reçoivent l'expression de notre sincère gratitude.

A M. le Docteur Roulet, de Riom, qui nous prodigua ses bienveillants conseils, ce témoignage de respectueuse amitié.

A tous nos remerciements émus.

Cure Radicale de la Hernie Crurale

La raison d'être de la cure radicale de la hernie crurale est *l'oblitération parfaite*, mais difficile, du trajet herniaire. Quel est ce trajet ?

Un aperçu anatomo-topographique de l'infundibulum crural, nous fera comprendre la nécessité d'une intervention délicate, mais rationnelle.

L'infundibulum crural mesure de 3 à 4 centimètres de longueur. Il est limité : en dehors, par la veine fémorale ; en dedans, par le pectiné recouvert du feuillet profond de l'aponévrose fémorale ; en avant, par le fascia cribriformis. Son sommet répond à l'abouchement de la veine saphène interne. Sa base, formée par la partie interne de l'anneau crural, mérite de nous retenir, car elle constitue toute la difficulté de la cure radicale. Elle est limitée : en avant, par l'arcade de Fallope, corde fibreuse peu extensible ; en dehors, par la veine fémorale ; en dedans, par le bord libre concave, très résistant, du ligament de Gimbernat ; en arrière, et en haut, par le ligament de Cooper ; enfin le fascia transversalis descendant de la face supérieure et profonde de l'arcade et venant s'insérer à la crête pectinéale isole, à la manière d'un diaphragme, l'infundibulum de la cavité abdominale.

De toutes ces parois, une seule semble devoir être utilisée : l'arcade de Fallope. Aussi a-t-on tenté

la fermeture de l'anneau en avant par plusieurs points de suture, soit que l'on abaisse légèrement l'arcade, soit que l'on soulève à sa rencontre l'aponévrose pectinéale, le muscle lui-même, l'os ou le périoste.

Mais il ne faut pas perdre de vue qu'au-dessus persiste une large dépression formant en quelque sorte l'étage supérieur, hors d'atteinte, de l'infundibulum crural.

Une coupe saggitale sur sujet congelé, passant par le septum crural et l'infundibulum, nous montre nettement cette amorce, cet entonnoir d'appel, d'autant plus difficile à atteindre qu'il est plus hautement situé. On peut également constater l'incurvation accentuée que présente à ce niveau le péritoine, refoulant incessamment le septum crural, cloison fragile qui ne demande qu'à se laisser distendre et à céder.

Dès lors, toute intervention radicale devra réséquer très haut le péritoine, afin de supprimer à ce niveau tout diverticule séreux et substituer au lieu et place du septum crural, une barrière solide, susceptible de résister à la pression constante des viscères.

Telles sont anatomiquement les conditions à remplir. Nous allons examiner maintenant les moyens d'y parvenir, faire une étude des procédés préconisés.

Nous diviserons ces derniers suivant la voie qu'ils empruntent : voie crurale en premier, voie inguinale en second, laissant de côté la voie abdominale définitivement abandonnée.

Comme nous le verrons, ces différentes voies d'accès constituent un des éléments, et non des moindres, de la discussion.

Il n'entre pas dans notre esprit de décrire par le menu détail les procédés fort nombreux mis successivement en honneur, mais bien de dégager des principaux procédés, l idée directrice, le but cherché, et d'en montrer chemin faisant les avantages et les inconvénients, en un mot faire une étude critique.

VOIE CRURALE

Nous avons montré que la mise en place de simples sutures par le procédé classique de BERGER était insuffisante. Il en est de même des procédés de TRICOMINI, BOTTINI, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, BASSINI, DE SALZER, POULLET (de Lyon), SCHWARTZ, CHEYNE, etc., ces derniers cherchant à obstruer l'orifice herniaire par autoplastie.

Tous ces procédés cherchent à créer une barrière externe, infranchissable, mais laisse persister un diverticule inguino-crural hors d'atteinte, éminemment propice à une récidive. Le problème n'est pas résolu.

Il nous reste maintenant, pour terminer cette première partie, à examiner le procédé de M. DELAGÉNIÈRE et celui, plus récent, de MM. GUIBÉ et PROUST.

M. DELAGÉNIÈRE imagina un procédé ingénieux et simple, décrit autrefois du reste, comme procédé de choix. Il a essentiellement pour but, d'une part, de reséquer toute la portion du péritoine voisine du sac, d'autre part, non pas d'oblitérer l'orifice herniaire, mais de le supprimer ou plutôt de « le transformer en un orifice triangulaire insignifiant, susceptible de subir les effets rétractifs des cicatrices. »

Pour arriver à ce résultat, après une incision cutanée verticale, dirigée dans le même sens que le canal crural, traitement du sac et de son contenu,

il sectionne l'arcade. La voie d'accès est large, facile ; elle permet de pratiquer une ligature haute de l'infundibulum. Pour terminer, il vient suturer les deux bouts formés par la section préalable du ligament de Poupart à l'aponévrose du pectiné, la bandelette iliopectinée et même le périoste.

« On voit l'arcade s'affaisser vers la branche horizontale du pubis et se porter en arrière, transformant dans ce mouvement de descente son incision verticale en un espace triangulaire, à sommet supérieur et antérieur. Cet espace triangulaire est peu considérable. Il est bordé par des tissus vasculaires et nullement rigides. Il est donc destiné à se combler progressivement par du tissu cicatriciel. »

Sans vouloir discuter ici le mécanisme de la fermeture de ce léger orifice, il nous est permis de supposer que son oblitération ultérieure est toute problématique. Aussi, croyons-nous, considérant en outre l'affaiblissement grave de la région inguinale chez l'homme « qu'il y a intérêt à créer un plan pariétal continu derrière la minime échancrure que laisse subsister le procédé de Delagénière. »

Tel est le but que se sont proposé d'atteindre par voie crurale MM. Guibé et Proust. Dans un remarquable article, paru dans la Presse médicale du 5 mars 1904, ils ont exposé par le détail, leur technique opératoire.

Après l'incision habituelle des téguments, parallèle à l'arcade de Fallope, mise à nu de cette dernière, libération du sac ; la section totale classique du ligament de Gimbernat va donner à l'arcade la mobilité qui lui manque, rendre son déplacement

aisé et par suite, l'accès vers la profondeur, facile. On procède alors à l'isolement du sac qui doit être poussé le plus haut possible, à son ouverture, à sa ligature. Vient ensuite la fermeture du trajet. L'arcade est éversée, refoulant le péritoine, la face postérieure de la paroi abdominale (*petit oblique et transverse*) est isolée et suturée au ligament de Cooper, au périoste s'il est nécessaire.

Un deuxième plan antérieur est fourni par la suture de l'arcade, sectionnée préalablement au besoin à l'aponévrose pectinéale, près du ligament de Cooper.

Ce procédé serait parfait, car « *lorsqu'on examine un trajet crural par sa face profonde, on se rend compte que la vraie cure radicale consiste à venir suturer les muscles de la paroi abdominale à la crête pectinéale* », mais il nous semble que par crainte de blesser la veine ou pour éviter de produire sa compression, on laisse persister un léger orifice.

Enfin « *il paraît difficile, pour ne pas dire impossible, de charger d'un seul coup avec l'aiguille de Reverdin : 1° le ligament de Cooper ; 2° le bord inférieur du petit oblique et du transverse, si l'on aborde la région exclusivement par la cuisse.* »

En effet, la voie crurale, bien que séduisante parce que rapide, peu complexe, donnant d'excellents résultats, surtout dans les hernies peu volumineuses et sans relâchement des parois, ne saurait satisfaire à toutes les nécessités : les surfaces à suturer sont trop profondément situées et l'espace est trop restreint.

Dans une opération de cette espèce, où une obli-

tération haute, délicate est nécessaire pour supprimer toutes les causes de récidive, ce n'est pas trop que d'avoir un vaste champ opératoire ; la voie inguinale à cet égard est parfaite : *elle permet d'y voir clair.*

VOIE INGUINALE

Astley Cooper proposa de l'employer dans les cas d'étranglements. Annandale, une première fois fortuitement, une seconde fois intentionnellement, opéra par voie inguinale. C'est à Ruggi que revient l'honneur d'en avoir fixé la technique dans un mémoire qu'il présenta le 11 mars 1892 à la société médico-chirurgicale de Bologne.

Il préconise deux procédés : un premier, dans lequel il ouvre tout d'abord la fosse de Scarpa pour pratiquer la dissection du sac et le traitement de son contenu, l'incision du canal inguinal venant ensuite ; un second, plus simple, dans lequel il incise d'emblée le canal inguinal.

Nous croyons devoir reproduire la description détaillée qu'ont fait MM. Guibé et Proust, de la technique de Ruggi, car les modifications apportées ultérieurement nous apparaîtront dans toute leur netteté et tous leurs avantages.

« Cette opération, dont le but est de détruire l'infundibulum péritonéal et de suturer l'arcade de Fallope au ligament de Cooper, se compose de cinq temps principaux :

1° *Incision des téguments le long du bord saillant de l'arcade de Fallope*, incision droite ou légèrement concave en haut, étendue de l'épine du pubis jusqu'au delà du milieu de l'arcade : elle intéresse la peau et l'aponévrose. On peut ainsi

facilement isoler le bord inférieur de l'arcade fémorale, disséquer le sac, l'ouvrir et traiter convenablement son contenu s'il y en a un.

2° *Ouverture du canal inguinal.* Au moyen d'une incision faite à l'aponévrose du grand oblique, parallèlement à la direction de ses fibres et immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope. Le milieu de cette incision doit correspondre au point même où se trouve le collet du sac de la hernie crurale ; on met ainsi à nu le ligament rond chez la femme, le cordon chez l'homme.

On libère délicatement et on rétracte en haut l'un ou l'autre ; on effondre maintenant la paroi postérieure du canal inguinal. Le plus souvent, le bord inférieur des muscles profonds se laisse isoler par simple décollement ; on arrive ainsi au niveau de la couche de tissu cellulaire sous-péritonéal, dans laquelle se trouve le collet du sac crural.

3° *Le sac herniaire est attiré dans le canal inguinal et la hernie transformée en hernie inguinale.* Cette manœuvre, facile à cause de la laxité du tissu cellulaire, permet de voir en entier l'infundibulum péritonéal d'où naît la hernie, de venir le lier très haut et dans d'excellentes conditions ; on supprime ainsi tout diverticule séreux au niveau de l'anneau crural.

4° *Suture de l'orifice interne du canal crural.* C'est là le temps le plus important. Pour cela, l'opérateur introduit son index gauche de bas en haut dans l'anneau crural, pendant que l'aide écarte les lèvres de la plaie inguinale. L'anneau crural étant ainsi rebroussé, l'opérateur passe alors deux

ou trois points dans le sens vertical, points qui unissent le ligament de Cooper à l'arcade de Fallope ainsi que le ligament de Gimbernat ; on commence par le point le plus interne, celui qui se trouve le plus rapproché de la veine fémorale. Ruggi fait remarquer avec raison que l'arcade fémorale se laisse facilement abaisser, en arrière du côté du ligament de Cooper, alors qu'elle se baisse difficilement en avant du côté de l'aponévrose pectinéale, qui est obligée d'aller à sa rencontre. Dans ce dernier cas, il y a production d'infundibulum, alors que la suture de l'arcade au ligament de Cooper crée une surface plane.

5° *Reconstitution du canal inguinal.*

On vient suturer la paroi postérieure du canal inguinal (*fascia transversalis, muscles tranverse et petit oblique*) à la face interne de l'arcade de Fallope. Puis on suture l'aponévrose du grand oblique au-devant du ligament rond ou du cordon. La réfection des plans superficiels vient terminer l'opération ».

Ajoutons pour être complet que dans certains cas Ruggi taille un lambeau dans l'aponévrose de Cooper et s'en sert pour fermer l'anneau.

Parlavecchio en 1893 publia un procédé semblable. L'incision en est cependant différente et mérite d'être rapportée, car elle a l'immense avantage de laisser intacte la paroi inférieure du canal inguinal et d'en épargner les deux orifices. Elle est faite au tiers de l'arcade de Fallope, à un demi-centimètre au-dessus et s'arrête à un demi-centimètre du pilier inférieur et externe du canal inguinal.

Tuffier en 1896 reprit cette méthode en la simplifiant. Il la fit connaître et publia sa technique suivie d'observations dont les résultats opératoires éloignés sont parfaits.

Il semble, qu'ainsi perfectionnée, cette méthode remplisse les conditions nécessaires à toute intervention radicale dont nous parlions dès le début :

Résection haute du sac ;

Suppression de tout entonnoir d'appel.

Sans doute, après affrontement il ne reste plus trace de trajet herniaire, de diverticule inguino-crural, mais l'arcade Fallope, corde inextensible, peu mobilisable, tendra toujours à reprendre sa position primitive, ou tout au moins risquera de s'érailler, et cela d'autant plus qu'elle est, comme dans le procédé de Ruggi, sollicitée en haut par la suture de la paroi postérieure du canal inguinal. Ainsi on risque de voir apparaître un léger orifice où pourra s'engager une frange épiploïque servant d'amorce à une récidive.

Parlavecchio l'avait si bien compris, qu'en 1900 il apporta à son procédé une modification très heureuse, qui devait être, en partie, tout au moins, le but cherché par les procédés qui vont suivre.

Il ne se contente plus d'abaisser l'arcade et de la suturer au ligament de Cooper, mais bien d'y fixer solidement avec elle, le petit oblique et le transverse. Ceux-ci viennent alors faire suite à la paroi postérieure de la branche horizontale du pubis, créant une double barrière solide, résistante. Ce procédé doit être très efficace ; il semble qu'il n'y ait pas de point faible.

La question en était là lorsque dans la presse médicale du 2 juillet 1904, M. Chaput, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, fit paraître ses idées sur la question et exposa son procédé du « Rideau et de la suture des gaines ».

Au cours de sa longue pratique M. Chaput avait remarqué que, chez certaines femmes à tissus lâches, le pédicule de la hernie s'insinue entre les vaisseaux fémoraux et l'arcade crurale.

« Or, après avoir suturé l'arcade à la région pectinéale, on s'aperçoit qu'il persiste encore un large orifice, un vaste sinus situé en avant des vaisseaux (sinus préfémoral) et que ce sinus contourne en dedans la veine fémorale (sinus fémoral interne.) »

Le problème se transforme, se complique et comprend alors :

a) **Fermeture de l'anneau.**

b) **Oblitération du sinus préfémoral.**

c) **Fermeture du sinus fémoral interne.**

a) Parlavecchio, nous l'avons vu, oblitère le trajet herniaire en suturant à la crête pectinéale le petit oblique, le transverse et l'arcade, mais cette dernière « n'ayant pas assez de longueur pour s'appliquer sur le ligament de Cooper, comprime et étrangle les vaisseaux fémoraux. Si par hasard elle a une laxité suffisante, elle laisse persister un orifice limité par le ligament de Cooper, la veine et l'arcade (sinus fémoral interne) par lequel la récidive se fera sûrement ».

« Lors même que l'arcade étrangle la veine, elle ne lui adhère pas, de telle sorte qu'il persiste entre

l'arcade et la veine une fissure qui suffit pour le passage d'une frange graisseuse ou épiploïque ».

Bien plus « la suture de l'arcade à la crête pectinéale ne serait pas seulement inutile mais nuisible, car elle ne pourrait se faire sans une grande tension qui étranglerait les vaisseaux fémoraux, ferait couper les sutures, éraillerait le ligament de Cooper et compromettrait la suture du petit oblique à la crête pectinéale ».

Aussi, il faut renoncer résolument à se servir de l'arcade pour oblitérer le trajet herniaire, mais bien uniquement des muscles de la paroi abdominale postérieure.

On tend alors comme un rideau, derrière l'arcade laissée en place, le petit oblique et le transverse que l'on vient suturer au ligament de Cooper. L'anneau se trouve ainsi exclu de l'abdomen.

Il reste encore à fermer le sinus fémoral interne et préfémoral.

b) Fermeture du sinus fémoral interne.

Je réalise, dit M. Chaput, la fermeture de ce sinus en suturant au catgut fin la gaine de la veine fémorale au bord inférieur du petit oblique.

Dans ce but je plisse transversalement la gaine de la veine fémorale à la région interne et j'y passe un ou deux catguts fins qui me permettent de la suturer au bord du petit oblique.

c) Fermeture du sinus préfémoral.

J'agis de même pour le sinus préfémoral : je passe un ou deux fils dans l'épaisseur des gaines de la veine et de l'artère fémorale, au niveau de leur

paroi antérieure et je suture ces gaines à l'arcade et au petit oblique en ménageant un petit espace pour le passage du cordon spermatique. On ne se préoccupera pas du ligament rond, qui est négligeable ».

La suture des lèvres de la paroi antérieure du canal et la suture de la peau sans drainage viennent terminer l'opération.

Cette technique, très différente de celle de Parlavecchio, réalise les conditions indispensables de toute intervention radicale et remédie à toutes les chances de récidive.

Elle n'est pas seulement applicable chez certains hernieux où l'anneau est largement ouvert, la paroi flasque, déprimée, mais bien dans les cas de hernies moyennes, voire même petites, où il est toujours utile d'obturer le sinus fémoral interne.

M. le Docteur Dionis du Séjour, employant le procédé de Chaput, lui fit subir quelques modifications à la suite d'un accident opératoire - (Observation n°3).

On vient de voir qu'au devant du plan pariétal continu, le ligament de Fallope est laissé en place, car son abaissement, sa suture est dangereuse. On peut alors le supprimer par une incision transversale à sa partie la plus inférieure ; l'anneau crural va disparaître. Avec le lambeau aponévrotique ainsi formé on pourra créer un plan antérieur. On n'aura pas à redouter la compression des vaisseaux rendue impossible. L'incision ainsi pratiquée donnera en outre un large accès vers la profondeur, le champ opératoire sera vaste, les manœuvres faciles.

Ces modifications réalisées par le procédé qui va suivre nous paraissent intéressantes à connaître. Elles coopèrent efficacement à l'excellence de la méthode de M. Chaput.

Nous reproduisons la note qu'a bien voulu nous fournir Mr le Docteur Dionis du Séjour sur sa technique opératoire.

Procédé du Rideau et de la Suture des Gaines, associé à la Suppression de l'Anneau crural

Technique opératoire

1er temps. — Incision cutanée de 8 à 10 centimètres au bord inférieur de l'arcade.

2e temps. — Isolement du sac et de son pédicule. Incision, ligature haute après traction et excision, le fil du moignon est conservé.

3e temps. — Incision du canal inguinal suivant la ligne d'adhérence de l'aponévrose du grand oblique au ligament de Pétrequin ; l'incision est prolongée sur le ligament de Gimbernat. La paroi antérieure du canal inguinal est recrinée en haut par l'aide, avec le cordon ou le ligament rond. Reconnaissance des muscles petit oblique et transverse; mobilisation de la paroi postérieure de ces muscles pour pratiquer l'enfouissement du moignon du sac à la Barker.

4e temps. — Passage des fils dans les gaines vasculaires et sutures au petit oblique et au transverse abaissés comme un rideau. Sutures du petit oblique et transverse à la crête pectinéale.

5e temps. — Suture de l'aponévrose du grand oblique aux gaines suivant sa ligne d'incision, en dedans au massif fibreux pectinéal et réfection aussi soignée que possible du Gimbernat.

6e temps. — Suture de la peau sans drainage après capitonnage de la plaie.

« En somme, comme on vient de le voir, la technique que nous avons suivie est sensiblement la même que celle décrite par M. Chaput, sauf cependant en ce qui concerne le mode d'accession dans le canal inguinal et sa réfection ultérieure.

En effet, au lieu d'opérer à l'exemple de Chaput, par dessus l'arcade laissée en place et de faire l'exclusion de l'anneau, nous sectionnons l'arcade à sa partie la plus inférieure ainsi que le ligament de Gimbernat, de façon à supprimer l'anneau crural lui-même.

« Nous avons été amené à pratiquer cette modification au procédé de Chaput parce qu'il nous fut donné d'observer, dans les débuts de notre emploi de la méthode, le sphacèle de la portion de l'arcade laissée en place par l'incision de la paroi antérieure et que malgré cette suppression de la portion de l'arcade prise dans les points de suture, le résultat fut bon et la région nullement affaiblie ».

M. Dionis du Séjour se sert de lin pour toutes les sutures. M. Chaput, qui a bien voulu nous fournir à ce sujet de précieuses indications, pense que c'est là une excellente pratique. Les fils de lin assurent par leur action irritante prolongée une réunion ultérieure plus intime des tissus. Mais il estime qu'il est toujours nécessaire de placer en plus, sur la crête pectinéale pour l'abaissement du rideau musculaire, deux ou trois points séparés au catgut afin d'obtenir une adhérence immédiate solide.

Le procédé du rideau et de la suture des gaines,

associé à la suppression de l'anneau crural, ainsi compris est parfait.

La constitution, au lieu et place du septum crural, d'une barrière résistante sans le moindre point faible, est facilement praticable et nous insistons sur ce point, car le champ sur lequel on opère est large, bien éclairé, ce qui est appréciable dans une intervention aussi délicate, aussi difficile.

Il faut bien reconnaître maintenant que cette façon de procéder a le léger inconvénient d'affaiblir la région inguinale. C'est une crainte qui existe mais qui sûrement a été exagérée, et nous n'en voulons pour preuve que les 15 observations qui vont suivre et qui nous été fournies par M. le Docteur Dionis du Séjour.

Dans les 3 premières la cure radicale fut faite par le procédé de M. Chaput.

2 de ces opérés (1 homme et 1 femme) revus l'un 3 ans, l'autre 2 ans après l'intervention, ne présentaient pas trace de récidive.

Quant au troisième, un homme âgé de 38 ans, son observation est particulièrement intéressante. L'intervention fut suivie du sphacèle de la portion de l'arcade laissée en place et prise dans les points de suture. Malgré cet accident opératoire, la région ne fut nullement affaiblie, et 2 ans et 10 mois après la guérison était parfaite.

Les 12 observations suivantes, où la cure radicale fut pratiquée par le procédé de Chaput associé à la suppression de l'anneau crural, ne sont pas moins probantes.

Il n'y avait aucune tendance à la récidive chez 8

opérés revus 2 ans, voire même 2 ans et 9 mois après l'intervention.

Chez les 4 derniers la guérison s'était maintenue 1 an après l'opération.

En présence de résultats éloignés aussi satisfaisants chez l'un et l'autre sexe (9 femmes, 6 hommes) ; dans des cas aussi variés, alors même qu'une de ces malades (obs. 4) accouchât un an après l'intervention, que chez une autre (obs. 13) une pneumonie apparût au 3e jour : Nous pouvons affirmer que cette méthode, facilement exécutable, est d'une efficacité non douteuse.

Elle est applicable dans l'immense majorité des cas et satisfait sans inconvénient à toutes les exigences d'une intervention radicale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Hernie crurale gauche. — Cure radicale.

Com... Catherine, 44 ans, Malompize (Cantal), 28 décembre 1904.

Hernie ancienne (*12 ans*) irréductible, douloureuse, volume grosse mandarine. Bandage. Opérée 30 décembre 1904. Chloroforme. Cure radicale par le procédé de Chaput : 5 points au lin dont 2 sur la gaine de la veine. Sutures cutanées aux crins sans drainage. Réunion per primam. Sort 1er février 1905. En février 1908 la guérison est maintenue.

OBSERVATION N° 2

Hernie crurale gauche. — Cure radicale.

Rou... Jean, 22 ans, domestique, entre Salle Duprat 25 mars 1905 ; hernie datant de 3 ans, du volume d'un gros œuf de poule, réductible, rien de particulier. Opéré le 31 mars. Chloroforme. Cure radicale par le procédé de Chaput ; 6 points au lin : 3 sur les gaines vasculaires. Pas de drainage. Réunion per primam. Revu deux ans après, la guérison se maintient.

OBSERVATION N° 3

Hernie crurale gauche étranglée.

Maz..... L., 38 ans, sans profession, Commentry. Entrée le 27 avril 1905. Hernie ancienne du volume d'un gros marron. Accidents d'engouements antérieurs ; étranglement datant de 48 heures, mais incomplet. Opération le même jour, chloroforme. Kélotomie avec incision sur l'arcade. Epiploon seul adhérent, libération et résection sac très épais. Cure radicale par le procédé de Chaput ; 6 points au lin. 8 jours après réunion superficielle sans élévation thermique. Il semble exister un abcès profond, débridement de la plaie, la portion de l'arcade laissée en place et prise dans les fils s'est sphacélée. La plaie est

détergée : réunion secondaire. Sort presque guérie le 9 juin 1905. La malade nous écrit après s'être montrée à son médecin de six mois en six mois : la *guérison s'est maintenue.* En février 1908 pas de récidive ; la malade souffre de temps en temps de sa cicatrice.

OBSERVATION N° 4

Hernie crurale gauche. — Engouement.

Choi... Marie, 25 ans, sans profession, Lezoux, entrée le 11 mai 1905 salle Fleury. Hernie récente, volume d'une noix, paraît une épiplocèle engouée. Opérée le même jour, chloroforme. Kélotomie classique ; épiploon engoué non adhérent. Cure radicale par le procédé de Chaput avec suppression de l'anneau. Muscles petit oblique et transverse très atrophiés. 6 points de suture : 3 sur la gaine de la veine. Réunion per primam ; pas de drainage. Sort le 26 mai. *Un an après la guérison s'est maintenue ;* elle a à cette époque un accouchement normal. *En février 1908, pas de récidive.*

OBSERVATION N° 5

Hernie crurale gauche étranglée.

Chant... Vict.,28 ans, sans profession, Clermont-Ferrand. Entrée le 16 mai 1905. Hernie peu volumineuse, de date récente : 10 mois ; a déjà été étranglée. Rien de particulier à signaler. Opération le même jour, chloroforme. Kélotomie et cure radicale par le procédé de Chaput. Réunion per primam. Revue plusieurs fois depuis : *En février 1908, guérison maintenue.*

OBSERVATION N° 6

Hernie crurale droite étranglée.

Br... Ant..., 45 ans, Saint-Amand-Tallende. Entrée le 19 mai 1905. Etranglement remontant à 3 jours. Hernie de volume moyen ancienne. Rien de particulier à signaler. Opération le même jour, chloroforme. Kélotomie, pincement latéral. Cure radicale par le procédé de Chaput ; suppres-

sion de l'anneau : 6 points au lin. La malade étant grasse : drainage. Désunion superficielle ; guérison secondaire. *En février 1908 la malade est revue, pas de récidive.* A signaler un peu d'œdème du membre inférieur consécutif à l'intervention et attribuable à une compression de la veine par la suture : l'œdème disparaît insensiblement au bout de 8 jours.

OBSERVATION N° 7

Hernie crurale droite étranglée.

Va... G... 56 ans, mineur, St-Eloi-les-Mines. Entré le 10 août 1905. Hernie du volume d'une pomme, datant de 18 à 20 ans ; pas de bandage. Hernie inguinale gauche maintenue par bandage. 1er étranglement, il y a 3 mois, cédant au taxis. Nouvel étranglement datant de 24 heures. Opération le même jour, chloroforme. Kélotomie. Cure radicale par le procédé de Chaput avec suppression de l'anneau ; 5 fils de lin. Réunion per primam. *En mars 1906 la guérison s'est maintenue. En février 1908 pas de récidive.*

OBSERVATION N° 8

Hernie crurale droite étranglée.

Auz... Ang..., 55 ans, sans profession, Clermont-Ferrand. Entrée le 12 août 1905. Hernie déjà ancienne, réductible, ayant déjà présenté des phénomènes d'étranglement. Hernie marronée de petit volume. Opération le même jour, chloroforme. Kélotomie. Cure radicale par le procédé de Chaput avec suppression de l'anneau : 5 points au lin ; un seul sur gaine vasculaire (sinus fémoral interne). Réunion per primam. Issue trois mois après d'un fil ; la guérison se maintient. *Revue en juillet 1907 : pas de récidive.*

OBSERVATION N° 9

Hernie crurale gauche. — Cure radicale.

F..., 52 ans, sans profession, Varennes-s.-Morge, entrée le 21 octobre 1905. Hernie de date ancienne, réductible, rendue douloureuse par le port d'un bandage. Quelques accidents d'engouement. Paroi abdominale défectueuse. Opération le 23 octobre 1905, chloroforme. Cure radicale par le procédé de Chaput avec suppression de l'anneau. 6 points au lin : 1 artériel, 2 veineux. Réunion per primam. La malade nous donne de ses nouvelles. *En 1908, pas de récidive.*

OBSERVATION N° 10

Hernie crurale gauche. — Cure radicale.

Pi... G..., électricien, Clermont-Ferrand. Entré le 23 mars 1906. Hernie datant d'un an, du volume d'une noix, pas de bandage ; pas d'antécédents ; demande la cure radicale pour s'engager. Opération le 27 mars 1906, éther. Cure radicale par le procédé de Chaput avec suppression de l'anneau. 6 points au lin. Réunion per primam. Sort le 10 avril. Revu le 20 juin, la cicatrice a l'air très solide. Le malade nous écrit en 1907 de Versailles, où il est engagé au 5e Génie, qu'il a attendu d'avoir fait les marches pour nous donner de ses nouvelles et que *la guérison s'est parfaitement maintenue.*

OBSERVATION N° 11

Hernie crurale droite. — Cure radicale.

For... G. ., 48 ans, sans profession, Clermont-Ferrand. Entré en mai 1906, hernie petite, paraissant réductible, de date ancienne. Opération le 26 mai : procédé de Chaput avec suppression de l'anneau. Quelques adhérences épiploïques : 6 fils au lin. Réunion per primam. Sort le 7 juin. Revue 6 mois après, pas de récidive. La malade se plaint de douleurs intermittentes dans la lèvre correspondante, dues probablement à un pincement dans la suture d'un filet nerveux accompagnant le ligament rond mal récriné. *En février 1908, pas de récidive.*

OBSERVATION N° 12

Hernie crurale droite. — Cure radicale.

Du... Aug..., 21 ans, couturière, Clermont-Ferrand. Hernie de date ancienne ; de diagnostic différentiel difficile, irréductible, douloureuse, aux troubles digestifs. Opération le 23 août 1906, chloroforme. Le sac est au-devant de l'arcade ; épiploon irréductible. Cure radicale par procédé de Chaput avec suppression de l'anneau. 7 fils au lin. Réunion per primam. *Revue le 9 décembre, cicatrice en parfait état ; pas de récidive.* La malade prétend avoir fait des exercices violents.

4 avril 1907. Pas de récidive. Revue plusieurs fois depuis, la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION N° 13

Hernie crurale gauche étranglée.

Fr... Marie, 55 ans, sans profession, Ravel (P.-de-D.). Entrée le 25 septembre 1906. Hernie vieille de 10 ans, réductible, volume d'une petite mandarine, étranglée depuis 3 jours. Opération le 25 septembre, éther. Kélotomie ; cure radicale par le procédé de Chaput avec suppression de l'anneau. 6 fils de lin. Réunion per primam. Malgré une pneumonie au 3e jour, la malade sort guérie en octobre 1906. Revue *en avril 1907, guérison maintenue.* Elle nous confirme par lettre, *en février 1908, l'absence de récidive.*

OBSERVATION N° 14

Hernie crurale droite étranglée.

Bon..., 34 ans, sans profession, St-Ours (P.-de-D.). Entrée en octobre 1906. Hernie datant de plusieurs années, réductible, volume d'une mandarine ; étranglement datant de 24 heures. Opération le même jour, chloroforme. Kélotomie. Cure radicale par le procédé de Chaput avec suppression de l'anneau. 7 fils, dont 4 pour les gaines. Guérison secondaire (a été opérée à domicile). Revue un grand nombre de fois depuis cette date ; *la guérison s'est maintenue.*

OBSERVATION N° 15

Hernie crurale droite étranglée.

Og. Louise, 60 ans, sans profession, Aigueperse (P.-de-Dôme). Entrée le 10 février 1907. Hernie ancienne, volume d'une orange ; jamais d'accidents antérieurs ; 24 heures d'étranglement, réductible. Opération le même jour, chloroforme. Kélotomie. Cure radicale, procédé de Chaput avec suppression de l'anneau ; 8 fils au lin : 5 au-devant des vaisseaux. Réunion per primam.

Revue six mois après, guérison maintenue. *En février 1908, pas de récidive.*

CONCLUSIONS

La voie inguinale dans la cure radicale de la hernie crurale, très intéressante à connaître, doit être préférée car elle est applicable dans la majorité des cas.

Elle permet de pratiquer aisément et sûrement, bien au-dessus du collet du sac, la résection du péritoine : condition première et essentielle de toute intervention radicale.

Le procédé du rideau et de la suture des gaines associé à la suppression de l'anneau crural fait disparaître tout entonnoir d'amorce à une récidive, en créant une double paroi solide, résistante, sans le moindre point faible.

Les résultats éloignés obtenus nous permettent d'affirmer que ce n'est pas là une technique d'exception mais bien une méthode d'utilité courante et surtout pratique.

Vu : *Le Président de Thèse :*
P. SEGOND.

Vu : *Le Doyen,*
D. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

ANNANDALE (Edimb. M. J. 1876. T. X, XI).

ASTLEY COOPER (On hernia, *trad. française*).

BASSINI. — Nuovo metodo operativo per la cura dell' ernia crurale, 1894.

BOTTINI. — *Riforma medica*, 1891.

BERGER. — *Bull. et Mém. de la société de chirurgie*, 1892.

BARKER. - Surgery operation, 1887.

CHAPUT. — *Presse médicale* nº 52. 2 juillet 1904.

DELAGENIÈRE. — " Nouveau procédé de cure radicale de la hernie crurale ". *Archives provinciales de chirurgie*, 1896.

GUIBÉ ET PROUST. — *Presse médicale*, 5 mars 1904.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — " Cure radicale des hernies, 1892 ".

PARLAVECCHIO. — Operazioni radicali di ernia crurale. *Riforma, med.*, février 1893 et *Bull. del soc. laacisiana degl. osp. d. Roma*, 1898, fasc. 1, 18e année.

DU MÊME. — " Ulteriore modificazione al processo proprio ". *Il Policlino, sez. chir.*, 1900. 15 juin. Vol. VII fasc., 6 p. 334.

POULLET. — *9e Congrès fr. de chirurgie*, 1895.

SALZER. — *Centr. f. chir.*, 1892.

SCHWARTZ. — Association française de chirurgie (*Congrès de chirurgie*), 1893.

SEGOND. — Thèse d'agrégation, 1883.

W. CHEYNE. — *The Lancet*, 1892.

Imprimerie spéciale de la Librairie H CHACORNAC et M. DOUTAUT, 9, Rue de l'Éperon, Paris.

1, B